

Ganz normale Familien? Neue Familienstrukturen und neue Interessenkonflikte durch Fortpflanzungstechnologien

Beck-Gernsheim, Elisabeth

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Beck-Gernsheim, E. (1987). Ganz normale Familien? Neue Familienstrukturen und neue Interessenkonflikte durch Fortpflanzungstechnologien. In B. Lutz (Hrsg.), *Technik und sozialer Wandel: Verhandlungen des 23. Deutschen Soziologentages in Hamburg 1986* (S. 277-292). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-149239>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Die gesellschaftliche Bedeutung der Gen- und Biotechnologien zur Steuerung der menschlichen Fortpflanzung

Ganz normale Familien? Neue Familienstrukturen und neue Interessenkonflikte durch Fortpflanzungstechnologien

Elisabeth Beck-Gernsheim

1. Einige unangemessene Seitengedanken zum Thema

Horrorvisionen

Ich will hier nicht wiederholen, was jeder Zeitungsleser schon kennt. Das sind die Horrorbilder von dem, was uns im Gefolge der Fortpflanzungstechnologien erwartet: von der Kinderproduktion im Labor bis zur Instrumentalisierung der menschlichen Natur, von Experimenten an Embryos bis zum Eingriff in die menschlichen Erbanlagen, von der bewußten Züchtung bis zum Klonen von Lebewesen. Und die je neuesten Erfolgsmeldungen der Fortpflanzungstechnologie lassen uns ahnen, wie schnell aus Prophezeiungen Wirklichkeit wird.

Doch neben der Flut von Katastrophenvisionen gibt es auch ein ganz anderes Bild. Es wird ausgemalt von denen, die die Fortpflanzungstechnologie betreiben. Sie sprechen vom Fortschritt, vom Nutzen für die Menschheit und von dem Glück, das sie anzubieten haben. Sie sprechen von dem Wunsch nach dem Kind, der vielen Frauen und Männern ureigenstes Bedürfnis ist. Sie sprechen von den Frauen, die verzweifelt in die Arztpraxis kommen, und von den Paaren, die verzweifelt hoffen, einen Platz auf den Wartelisten der einschlägigen Kliniken zu bekommen. Im Mittelpunkt steht also das ungewollte kinderlose Paar, dessen Leid abgewandt werden soll.

Und so will ich nicht jene Horrorvisionen zum Thema machen, sondern bewußt die andere Seite, die der Verheißung. Ich möchte das Stück Glück, das die Pioniere der Fortpflanzungstechnologie anbieten, unter die soziologische Lupe nehmen.

Eigennutz

Ich möchte freilich nicht naiv sein. Als Soziologen sind wir bewandert in der Kritik der Professionen und der Expertengesellschaft. So wissen wir längst, daß es zum guten Ton der Experten gehört, das jeweilige Tun mit humanitären Motiven zu schmücken. Oder um es mit Illich zu sagen: „Die neuen Spezialisten . . . kommen gern im Namen der Liebe daher.“¹ Wir wissen auch, daß sich hinter solch edlen Motiven manch handfest praktische Absicht verbirgt. Denn die Pioniere der Fortpflanzungsmedizin unterstehen, genau wie andere Wissenschaftler auch, den Gesetzen des Forschungsbetriebes. Sie müssen sich gegen die Konkurrenz der Kollegen behaupten – also müssen sie ihre Literaturliste verlängern und akademische Ehren einsammeln. Sie wollen einen angemessenen Lebensstil pflegen – also müssen sie Karriere machen und ihr Einkommen aufbessern. Kurz, es ist uns nicht neu: Die Nächstenliebe ist auch ein Teil der Verkaufsstrategie.

Menschheitsverbesserungspläne

Ich möchte auch nicht als unwissend gelten. Deshalb kann ich nicht völlig verschweigen, daß die Pioniere der Fortpflanzungsmedizin mit verschiedenen Zungen reden. Im Scheinwerferlicht der Öffentlichkeit führen sie uns den Leidensdruck der kinderlosen Paare vor Augen. In den mehr wissenschaftsinternen Zirkeln dagegen entwerfen sie oft ganz andere Visionen und Ziele. Ich möchte hier nur einige kleine Kostproben geben.

So prophezeite der mutmaßliche Erfinder der Samenbank, einst würden Soldaten vor der Schlacht ihren Samen konservieren lassen und so auch nach ihrem Tod noch Kinder zeugen können. Zweck der Samenbank sollte also die „Selbstkonservierung“ von Samen zum Zwecke einer Befruchtung *post mortem* sein.² Ebenso wurde das Einfrieren von Samen und Eizellen als Mittel vorgeschlagen, um den Gefahren einer atomaren Strahlung nach einem Atomkrieg zu begegnen. Denn dann könnte man tief in der Erde Schutzbunker für die Samenbanken bauen: „Schutzbunker für Menschen – und sie sind viel billiger.“³ Schon wird die Einrichtung von Samenbanken als Rundum-Lösung für eine ganze Bandbreite von Gefahren dargestellt: zum Schutz der Keimzellen gegen die zunehmenden Strahlenrisiken durch Industrie, Kommerz, Krieg, Raumfahrt und chemische Mutagene.⁴ Manche Forscher wollen die Fortpflanzungstechnologie auch gezielt zu Zwecken der Eugenik einsetzen, also um die „Erbmasse“ der Menschheit zu verbessern. Dabei wird zum einen an positive Eugenik gedacht, also an den bewußten Einsatz der „Fortpflanzungsmaterialien“ hochbegabter Männer und Frauen. Da heißt es z.B., Unfruchtbarkeit liefere „eine ausgezeichnete Gelegenheit, eine Bresche für positive Eugenik zu schlagen, da die in Frage kommenden Paare unter den gegebenen Umständen fast immer offen sind, wenn man ihnen nahelegt, aus ihrer Not eine Tugend zu machen und so viele begabte Kinder wie möglich zu bekommen.“⁵ Andere denken an negative Eugenik, also daran, die pränatale Diagnostik einzusetzen, um die Geburt von gesellschaftlich „nicht wünschenswertem“ Nachwuchs zu verhindern.⁶ Das liest sich dann so: „Invitro-Befruchtungen und Embryokulturen [könnten] eines Tages die bevorzugte Art der Reproduktion sein, denn dabei werden nur erbgesunde Embryos ausgetragen.“⁷

Das sind nicht etwa untypische Einzelbeispiele. Solche Äußerungen sind durchaus häufig zu finden, und nicht bei obskuren Randfiguren, sondern bei hochrenommierten Forschern bis hin zu Nobelpreisträgern.

Aber dennoch: von all diesen anderen Motiven und Zielen will ich hier absehen. Ich will mich weder um schnöde ökonomische Absichten, noch um die Jagd nach Ruhm, noch um Menschheitsverbesserungspläne kümmern. Und so komme ich nach einigen Seitenpfaden und Seitengedanken endlich zum angekündigten Thema: zu den Verheißungen der Fortpflanzungstechnologie.

2. Die Verheißung der Fortpflanzungstechnologie: weniger Kinderwunsch-Leid durch mehr Medizin

Folgt man den Darstellungen, die die Pioniere der Fortpflanzungstechnologie geben, so ergibt sich etwa folgendes Bild: Ihr Tun ist ausgerichtet auf den biologischen Defekt, der die Kinderlosigkeit verursacht. Dieser Defekt soll mit den Mitteln der medizinischen Heilkunst repariert werden. Ist dieser Eingriff erfolgreich, kommt es zu Schwangerschaft und Geburt, dann ist alles in Ordnung: die glückliche Familie kann beginnen. Betrachten wir diese Annahmen im einzelnen.

Was geschieht beim Gang durch die Fortpflanzungstechnologie?

Beginnen wir mit denjenigen Verfahren, die heute zum Standardrepertoire der Unfruchtbarkeitsbehandlung gehören, also Temperaturmessung und Hormonbehandlung. Bereits hier wird Sexualität sehr weitgehend – im „Idealfall“ wohl ganz – der ärztlichen Kontrolle unterstellt. Sie wird gleichermaßen Pflichtübung und Leistungssport, ist streng nach technischen Anweisungen zu absolvieren (wann, wann nicht, wie oft, in welcher Stellung). So wird Sexualität reguliert und diszipliniert, reduziert auf einen bloß noch biologischen Akt. Was auf diesem Weg verlorenggeht, sind die anderen, „überschüssigen“ Momente, diejenigen von Sinnlichkeit, Spontaneität und Gefühl. Aus Lust wird Frust: Unter dem Zwang des Funktionierens leidet die eigene Person wie die Beziehung zum Partner.⁸

Geht man weiter zu Verfahren wie künstlicher Befruchtung und In vitro-Befruchtung, so kommen, neben der Regulierung der Sexualität, noch eine Reihe weiterer Momente hinzu. Die angewandten Verfahren sind langwierig und zeitintensiv, kostspielig, mit erheblichen Gesundheitsrisiken und emotionalen Belastungen verbunden. Dazu eine Beschreibung der einzelnen Etappen bei der In vitro-Befruchtung:

Es beginnt mit der Hormonstimulierung, die „durch ständige Laborkontrollen überwacht“ wird. Bei festgestelltem Hormonanstieg erfolgt dann die Eientnahme, wobei „der Bauch aufgeschnitten werden [muß] wie bei einer Operation“. Genau nach Zeitplan, nämlich vier Stunden später, „wird durch Masturbation das Sperma gewonnen, was viele Männer als Peinlichkeit empfinden“. Nach der Befruchtung im Reagenzglas erfolgt die „Qualitätskontrolle für Embryos“, „um nur Embryonen zurückzugeben, die wenig-

stens äußerlich regelrecht erscheinen“. Dazu wird durch Überprüfung im Mikroskop die „Eignung benotet und mit Zensuren von 1 bis 5 versehen“. Wenn der Embryo diese „Checkliste für Embryo-Qualität“ erfolgreich absolviert hat, wird er in die Gebärmutter der Frau eingebracht. Danach muß, „damit die Frucht nicht abtropfen kann“, die Frau „für 14 Stunden in Schräglage verweilen, das Becken angehoben, den Kopf gesenkt“. Es folgen weitere Hormontests und eventuell „Hormongaben in kurzfristigen Abständen“, begleitet von ständigen Kontrollen. Dennoch bleibt vielfach die Schwangerschaft aus, oder es bleibt trotz Schwangerschaft der Kinderwunsch unerfüllt, weil es vorher zum spontanen Fruchtabgang oder zur Fehlgeburt kommt. Was man auch sehen muß, ist also „die Hoffnung und Enttäuschung, der körperliche und seelische Schmerz von Tausenden Frauen und Männern, die sich mit der Aufnahme in das Reproduktionsprogramm schon fast am Ziel ihrer Wünsche glaubten“. Und was, wenn die Schwangerschaft gut verläuft? Dann sind „für die Mütter die Mühen noch nicht beendet; der Hälfte von ihnen bleibt ein Kaiserschnitt nicht erspart. Nach dieser mühevollen Behandlung soll ein Geburtsrisiko den Erfolg nicht vereiteln“. Wobei nur noch hinzuzuführen ist, daß man dafür ein erhebliches Gesundheitsrisiko für die Frau in Kauf nehmen muß, denn „der Kaiserschnitt [ist] auch heute noch drei- bis viermal so lebensgefährlich wie eine Geburt auf natürlichem Weg“.⁹

Ein Negativbild, entworfen von Fortschrittsfeinden? Mitnichten. Nur die nüchterne Darstellung dessen, was hier und heute geschieht, beschrieben von denen, die am besten Bescheid wissen: von den Pionieren der In vitro-Befruchtung.

Bleibt die Frage, was der Erfolg solch vielfältiger Mühen ist. Die Statistiken sind ernüchternd. Gerade bei den spektakulären Verfahren, auf die sich so viele verzweifelte Hoffnungen richten, sind die Erfolgchancen bescheiden. Die Mehrheit der Paare bleibt auch danach ohne Kind. Dies gilt insbesondere auch für die In vitro-Befruchtung: Selbst nach Schätzung der einschlägig tätigen Mediziner liegt die Erfolgsquote zur Zeit bei etwa 10 Prozent¹⁰ – und die Kritiker verweisen darauf, daß diese Zahl noch erheblich geschönt sein dürfte.¹¹

Und hier die geschätzten Erfolgsstatistiken anderer Verfahren: Bei der Hormonstimulierung kommt es „in 80% aller Fälle zur Ovulation, in 30 bis 40% zur Schwangerschaft. Außer der Gefahr einer Überstimulation ist auch das Risiko einer Fehlgeburt erheblich, es liegt bei etwa 25%.“¹² Erste Daten über die künstliche Befruchtung mit Partnersamen weisen darauf hin, „daß es in den Monaten nach Abbruch der Insemination zu mehr Schwangerschaften kommt als durch die

Insemination selbst“.¹³ Bei der künstlichen Befruchtung mit Spendersamen ist „die Befruchtungswahrscheinlichkeit . . . im Vergleich zu den natürlichen Verhältnissen recht gering (10% gegenüber 25% . . .). In Wirklichkeit ist der Unterschied zwischen beiden Wahrscheinlichkeiten noch bedeutsamer, da bei der Insemination mit Spendersamen alle Parameter sorgfältig kontrolliert werden (die ‚guten‘ Tage für die Insemination, der gynäkologische Allgemeinzustand der Frau und die Qualität des Spendersamens).“¹⁴

Aber auch da, wo die Behandlungen erfolglos bleiben, bleiben sie dennoch nicht folgenlos. Für die weiterhin unfruchtbaren Frauen und Männer – und sie sind die Mehrheit – wird durch den ärztlichen Eingriff der Leidensdruck nicht genommen, sondern im Gegenteil: weit eher vergrößert. Hinzu kommt für sie nämlich das, was man „*iatrogenes Leid*“ nennen könnte: die Belastung, die verursacht wird durch die Serie medizinischer Prozeduren, durch die ständige Definition zum Patienten und Kranken. Da werden oft Selbstbild und Selbstbewußtsein beeinträchtigt, da gerät das Zusammenleben mit dem Partner unter Druck, da werden auch die Kontakte zu Freunden und Bekannten seltener, denn die aufwendigen medizinischen Behandlungen lassen immer weniger Raum für andere Interessen und Lebensbereiche.¹⁵ Stattdessen rückt ins Zentrum des Denkens, Fühlens und Handelns das Kind – das nicht kommt. Darüber hinaus können Behandlungen, die auf Erfüllung des Kinderwunsches zielen, auch ins Gegenteil umschlagen, nämlich zur Unfruchtbarkeit beitragen.¹⁶ Und schließlich verlieren die, die ganz ins Räderwerk des Medizinbetriebs eingespannt sind, auch zunehmend die Fähigkeit, Leiden als Teil der Realität zu akzeptieren und in anderen Bereichen ihr Leben sinnvoll zu leben. Wie Illich es nennt: „Die Medikalisierung löst jedes kulturelle Programm der Schmerzbewältigung auf.“¹⁷

Dagegen kann man einwenden, daß es jedem ja freisteht, aus dem Kreislauf der Behandlungen auszusteigen. Aber genau dies ist – wenn man nicht nur die biologischen, sondern auch die sozialen Abläufe sieht –, weit schwerer, als es auf den ersten Blick scheint, und zwar gerade auch infolge der medizinischen Entwicklung. Denn als „Nebeneffekt“ dieser Forschung wird Unfruchtbarkeit umdefiniert und auf der Zeitachse verlängert. Wenn es so viele Behandlungsmethoden gibt, warum dann nicht noch die jeweils nächste erproben?

„All die neuen Behandlungsmethoden haben den Betroffenen auch eine neue Last auferlegt – die Last, sich immer noch mehr bemühen zu müssen. Wie viele gefährliche Experimente, wie viele Monate – oder sind es Jahre – mit zwanghaftem Temperaturmessen und verquältem Sex muß man denn hinter sich bringen, bis man

in Ehren aufgeben darf? Wann hat ein Paar ‚alles versucht‘ und darf endlich aufhören?“¹⁸

Wo Unfruchtbarkeit früher vorgegebenes Schicksal war, wird sie heute in gewissem Sinn zur „selbstgewählten Entscheidung“. Denn diejenigen, die aufgeben, bevor sie nicht noch die neueste und allerneueste Methode versucht haben (ein Kreislauf ohne Ende), sind nun „selber schuld“. Sie hätten es ja noch weiter versuchen können.

Zur Neudefinition von Unfruchtbarkeit tragen nicht zuletzt auch die Mediziner selbst bei, die, um ihre aufwendigen Forschungen zu legitimieren, die besondere Bedeutung der Fruchtbarkeit herausstellen müssen. Zu ihren Standard-Argumenten gehört deshalb der Hinweis, welch zentralen Stellenwert Mutterschaft hat im Leben der Frau. Zum Beispiel Kurt Semm, Direktor der Frauenklinik Kiel und Leiter des Kieler Embryo-Transfer-Teams:

„Es ist letztlich die ureigenste Aufgabe einer Frau, ein Kind zu kriegen. Deshalb lebt eine Frau, um die Rasse, die Art jedenfalls, den homo sapiens oder homo erectus zu bewahren. Das ist ihre ureigenste Aufgabe. Alles andere, was dazu kommt, Beruf oder sonst etwas, das ist sekundär. Wenn eine Frau dazu nicht fähig ist, dann ist ihr eigentlicher ganzer Lebenszweck unerfüllt.“¹⁹

So wird aus der Fortpflanzungstechnologie die Fortpflanzungsideologie. Und was ist dann mit denjenigen Frauen, denen es nicht gelingt, diese „ureigenste Aufgabe“ zu erfüllen? Müssen sie sich nicht als Versager erleben, als minderwertig und nutzlos? Nicht wenige werden lieber einen weiteren Behandlungsversuch wagen, als lebenslang einen solchen Stempel zu tragen. Derart erzeugen die medizinischen Eingriffe, die ihnen doch helfen sollten, neue Definitionen, ja mehr noch: Formen der *sozialen Stigmatisierung*, die sie weiter abhängig machen und einfangen in den Kreislauf der Patientenkarriere.

Und danach: die glückliche Familie?

Aber nun gibt es ja auch diejenigen Paare, bei denen die Behandlung erfolgreich verläuft und der Kinderwunsch tatsächlich erfüllt wird. Sie müßten diejenige Gruppe sein, die dem Werbebild der Fortpflanzungstechnologen entspricht: Das Leiden der Kinderlosigkeit wird abgenommen, und das glückliche Familienleben kann beginnen.

Aber wie sollen wir beurteilen können, ob die Wirklichkeit dieser Verheißung entspricht? Bisher gibt es bestenfalls einzelne Daten, erste Anhaltspunkte, aber kaum direkt einschlägige Untersuchungen über die langfristigen Folgen der künstlichen Zeugung. Das Problem ist bekannt: Die Wissenschaft läuft der Wirklichkeit hinterher. Das erste Retortenbaby der Welt ist gerade acht Jahre alt – wie sollen wir da gesicherte Daten haben über die weitere Entwicklung dieser Kinder und ihrer Familien?

Doch ich glaube, wir stehen hier nur auf den ersten Blick mit leeren Händen da. Statt auf direkt einschlägige empirische Daten zu warten, können wir nämlich die Literatur zum Ausgangspunkt nehmen, die es schon gibt: die über Eltern-Kind-Beziehungen und Ehebeziehungen in „normalen“ Familien – woran ja kein Mangel ist; und ebenso, aus naheliegenden Gründen, die Literatur über Adoptivfamilien. Und wir können in diesen Bezugsrahmen dann die besonderen Bedingungen der „künstlichen“ Familie einspeisen. Über diesen Analogieschluß wird es möglich, ein erstes Bild von den neuen, noch weitgehend unerforschten Familienkonstellationen zu entwerfen. Genau das will ich im folgenden versuchen.

– *Dankesschuld*: In frühen Epochen brauchte man Kinder aus ökonomischen Gründen: als Arbeitskräfte und zur Alterssicherung der Eltern, als Erben und Namensträger. Heute dagegen verbinden sich mit dem Kinderwunsch neue Motive, die auf die emotionalen Bedürfnisse der Eltern verweisen.²⁰ Zu beobachten ist heute der Übergang zum „zweckfreien Kind. . .“, das die Eltern *sich selbst* zur Freude in die Welt setzen“.²¹ Mit diesem Status als Wunschkind sind Vorteile, aber auch Nachteile verknüpft. „Diese Kinder stehen von Geburt an in der Pflicht, ihre Eltern keinesfalls zu enttäuschen, deren Erwartungen gerecht zu werden, . . . sie mit affektiver Zuwendung zu entlohnen usw. Kurz, die Kinder haben eine Dankesschuld abzutragen, von der sie gar nicht wissen, daß sie sie auf sich geladen haben.“²²

Die naheliegende Frage ist: Wird diese „Dankesschuld“ nicht noch erheblich potenziert für diejenigen Kinder, deren Eltern so viele Prozeduren und Opfer auf sich genommen haben, um das Kind bekommen zu können? Wie werden da die Konflikte verlaufen, insbesondere in der Pubertät, wo die Ablösung von den Eltern ein zentrales Thema ist? Werden diese Konflikte vielleicht kaum offen ausgetragen, oder auf andere Schauplätze verlagert, oder brechen sie in späteren Phasen umso heftiger auf?²³

– *Identitätsprobleme*: Aus der Literatur über Adoptivkinder wissen wir, daß bei ihnen die Identitätsfindung häufig erschwert ist durch das Nichtwissen um die Hintergründe der eigenen Herkunft, ja daß nicht wenige als

Heranwachsende eine Identitätskrise durchmachen, bis hin zur Suche nach den leiblichen Eltern.²⁴ Es gibt bereits Hinweise darauf, daß ähnliche Prozesse und Phantasien auch bei den künstlich erzeugten Kindern einsetzen.²⁵ Dabei können wir annehmen, daß sich hier die Identitätsfrage noch weitaus dramatischer stellen wird, weil die biologische Herkunft zum Teil überhaupt nicht mehr rekonstruierbar ist.²⁶

– *Familiengeheimnis*: Aus der Literatur über Adoptivkinder wissen wir auch, daß die Eltern häufig versuchen, vor dem Kind die Tatsache der Adoption geheimzuhalten.²⁷ Bei den Paaren, die auf künstliche Zeugungsverfahren zurückgreifen, deuten sich ähnliche Verhaltensweisen an.²⁸ Doch solche Geheimhaltungsstrategien haben einen hohen Preis, denn das Netzwerk der „Lebenslüge“ durchdringt die Familienbeziehungen und den Familienalltag. In nicht wenigen Fällen wird das sorgfältig gehütete Geheimnis doch an den Tag kommen.²⁹ Umso größer – so können wir vermuten – ist dann die Schockwirkung für das Kind, und umso eher wird dann das Vertrauensverhältnis zwischen Eltern und Kind nachhaltig gestört.³⁰

– *Ungleichgewicht in der Ehebeziehung*: Es gibt freilich einen wesentlichen Unterschied zwischen Adoptivkindern und den via Fortpflanzungstechnologie gezeugten Kindern. Denn wenn auf Unfruchtbarkeit eine Adoption folgt, sind beide Elternteile mit dem Kind nicht biologisch verwandt. Bei Samenspende und Leihmutterschaft dagegen ist das Kind mit dem einen Elternteil biologisch verwandt, mit dem anderen nicht. Die Annahme ist naheliegend, daß diese Konstellation zu einem konfliktträchtigen Ungleichgewicht der ehelichen Ressourcen führen kann, das auch in die Eltern-Kind-Beziehung hineinwirkt.³¹ Und tatsächlich gibt es hier auch erste empirische Daten: Häufig kommt es zu Problemen in der Partnerschaft³² oder zu einem Gefühl des „Versagens“ beim nicht-biologischen Elternteil, verbunden mit Depressionen und Schuldgefühlen.³³

– *Scheidungs-dramatik*: Nach den aktuellen demographischen Statistiken ist zu erwarten, daß von den heute geschlossenen Ehen ungefähr jede dritte durch Scheidung enden wird. Wenn man sieht, welchen Belastungen diejenigen Paare ausgesetzt sind, die durch das Räderwerk der Medizin gehen, dann ist kaum zu erwarten, daß ihre Ehen stabiler sein werden. Damit kommt hier dann die Frage auf: Wem soll im Fall einer Scheidung das Kind zugesprochen werden, das nur mit einem Elternteil biologisch verwandt ist? Hat der biologische Elternteil dann ein selbstverständliches Vorrecht? Oder soll das Kind bei dem Elternteil leben, der bisher den Hauptteil der

Erziehung getragen hat – mit der möglichen Konsequenz, daß der biologische Elternteil leer ausgeht?³⁴ Wer die Konflikte kennt, die heute vor dem Scheidungsrichter als Kampf um das Kind ausgetragen werden, auch schon bei den sogenannten „normalen“ Familien³⁵ – der hat eine Ahnung davon, was uns hier in gesteigerter Form an Prozeßlawinen, unlösbaren Fragen und menschlicher Tragik bevorsteht.

Um Bilanz zu ziehen: Ich habe hier bewußt nicht von den Horrorvisionen gesprochen, die uns im Gefolge der Fortpflanzungstechnologie erwarten mögen. Stattdessen ging es um die positive, die „Vorzeigeseite“. Doch beim soziologischen Blick auf diese Verheißung deutet sich an: Mit der medizinischen Zeugungshilfe entstehen nicht einfach „normale“ Familien, Familien wie andere auch. Vielmehr unterscheiden sie sich erheblich von den auf natürlichem Weg gewachsenen Familien, was ihre soziale Struktur und Dynamik betrifft. Und, das ist der wesentliche Punkt, dieser Unterschied bringt ein erheblich größeres Potential an Belastungen und Konflikten. Diese Konflikte sind nicht völlig neu – es gibt sie in anderen Familien auch –, aber sie werden unter Bedingungen der „künstlichen“ Familie in besonderer Weise akzentuiert und verschärft.

3. Über die wundersame Vermehrung der Verheißungen

Nun kann man sagen, die hier skizzierten Probleme mögen zwar schwerwiegend sein, aber sie betreffen nur eine ganz kleine Gruppe – warum also so viel Aufregung? Doch hier liegt ein Irrtum vor, und kein geringer. Denn eines hat die Geschichte der Technik immer wieder gezeigt³⁶: Wo neue Handlungsmöglichkeiten eröffnet werden, geraten auch die Standards des Handelns in Bewegung. Was in der Vergangenheit zunächst als unmöglich, dann als frevelhaft galt, wird in der Gegenwart erst zum Neuen, dann zum Normalen, und in Zukunft vielleicht zum gesetzlich vorgeschriebenen Weg. Verschiedene Bedingungen tragen zu diesem Prozeß bei:

Es gehört zum Charakter der neuen Technologien, daß sie neue Bedürfnisse schaffen und damit ihren Anwendungsbereich ständig erweitern. Oder um es mit Jonas zu sagen: „Appetit [wird] geweckt von der Möglichkeit.“³⁷ Da werden Wünsche erfüllt, an die früher kaum jemand dachte. Die Medizin hat dafür viele Beispiele parat. Wer hat denn in vergangenen Jahrhunderten davon geträumt, daß es Zahnspannen für

Kinder, Krebsabstrich für Erwachsene, Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere geben soll? Und doch ist dies alles heute Teil unseres gewohnten Lebens geworden. Routinemäßige Fruchtwasseruntersuchung ist der nächste Schritt in der Schwangerschaftsvorsorge. Künstliche Befruchtung und Retorten-Babies werden dann eines Tages auch ins Normal-Repertoire aufgenommen. Wie jede andere Technologie, so schafft sich auch die Medizin-Technologie ihren eigenen Markt.

Dabei beginnt sich ein typisches Verlaufsmuster abzuzeichnen: Neue biomedizinische Hilfen werden zunächst eingeführt, um bei einem eng definierten Katalog von eindeutigen „Problemfällen“ Leiden abzuwenden oder zu mildern. Dann setzt eine Übergangs- und Gewöhnungsphase ein, in deren Verlauf der Anwendungsbereich immer weiter ausgedehnt wird. Das Endstadium ist absehbar: Alle Frauen und Männer werden als potentielle Klienten definiert – jetzt freilich nicht mehr, um direkte Gesundheitsschäden abzuwenden, sondern wegen der „Effektivitätsvorteile“ des technischen Zugriffs über die Zufälle, die Unberechenbarkeit und Störanfälligkeit der Natur.

So haben sich die Indikatoren für In vitro-Befruchtung innerhalb weniger Jahre vervielfacht³⁸ und sind unscharf, ja praktisch unbegrenzt geworden.³⁹ Schon wird die In-vitro-Befruchtung mit Embryo-Bewertung als Idealmethode der Zukunft dargestellt, um das Auftreten schwerer Geburtsschäden zu verhindern – oder genauer wohl: die Existenz von *Kindern* mit schweren Geburtsschäden.⁴⁰ Schon hat der Leiter des Kieler Embryo-Transfer-Teams geäußert, es sei problematisch, daß beim Menschen auch minderwertiges Sperma benutzt wird. Würden nämlich die Qualitätsnormen aus der Rinderproduktion angewandt, würden diese nur von jedem zehnten Mann erfüllt. (Worauf dann der Zusatz folgte, daß Bullen mit minderwertiger Spermaqualität auf dem Schlachthof landen.⁴¹) Schon werden In vitro-Befruchtung und Gefrierembryos als Mittel vorgeschlagen, um den zeitlichen Abstand zwischen den Kindern exakt planen zu können.⁴² Schon gibt es immer mehr Männer, die vor der Sterilisation Samen bei der Samenbank deponieren – für „alle Fälle“, falls sie es sich eines Tages doch anders überlegen sollten.⁴³ Schon fragen Ehepaare, ob ein anderer Mann als der Ehemann Sperma zur Verfügung stellen könnte, da sie mit dem Aussehen oder der Persönlichkeit des Ehemannes nicht zufrieden sind. Ähnlich haben Frauen um die Verwendung der Eier anderer Frauen gebeten, weil sie in irgendeinem Punkt nicht mit sich selbst zufrieden waren.⁴⁴ Und insgesamt werden die Fortpflanzungstechnologien als Königsweg der Familienplanung angepriesen: „Eltern könnten bald in der

Lage sein, totale Familienplanung zu betreiben, von der Kontrolle über die Größe der Familie bis hin zum Geschlecht des Nachwuchses und der Aufeinanderfolge von männlichen und weiblichen Kindern.“⁴⁵

Solche Verheißungen haben einen unangenehmen Beigeschmack. Denn die Geschichte der Technik hat auch gelehrt, wie schnell Möglichkeiten sich in ihr Gegenteil kehren – in Zwang.⁴⁶ Aus der Familienplanung total wird dann die überwachte und sozial regulierte Familie. Dabei gibt es eine ganze Palette von Eingriffsformen, milde und weniger milde: vom „Mythos der Freiwilligkeit“⁴⁷, sprich Informationssteuerung, gelenkter „Aufklärung“ und „Beratung“ bis hin zu Kontrollen, Sanktionen und Strafen. Am Ende mag dann das stehen, was der bekannte Genetiker Bentley Glass angekündigt hat:

„Unbegrenzter Zugang zu einer staatlich regulierten Abtreibung in Verbindung mit den gegenwärtigen perfektionierten Techniken zur Entdeckung von Chromosomenanomalien . . . wird uns von einigen Prozent aller Geburten befreien, die heute unkontrollierbare Defekte darstellen . . . Kein Elternpaar wird in dieser Zukunft das Recht haben, die Gesellschaft mit einem mißgestalteten oder geistig unfähigen Kind zu belasten.“⁴⁸

An diesem Punkt wird dann aus der Fortpflanzungstechnologie die Fortpflanzungsdiktatur. Und nach Betrachtung all der uns gebotenen Verheißungen möchte ich mit einem Satz des Naturwissenschaftlers Erwin Chargaff schließen: „Vor nichts empfinde ich mehr Furcht als vor dem Leuchten in den Augen des Weltverbesserers.“⁴⁹

Anmerkungen

- 1 Illich 1979, S. 14
- 2 Parseval/Janaud 1986, S. 110
- 3 Huxley 1976, zit. nach Corea 1986b, S. 297f.
- 4 Müller 1961, zit. nach Corea 1986b, S. 24f.
- 5 Müller 1959, zit. nach Corea 1986b, S. 24
- 6 Siehe zusammenfassend Corea 1986b, Kapitel I; Löw 1985
- 7 Karp/Donahue 1976, zit. nach Corea 1986b, S. 93
- 8 Pfeffer/Woollett 1983; Parseval/Janaud 1986
- 9 Bräutigam/Mettler 1985, S. 54-68
- 10 D.h. nur 10 Prozent der Bauchspiegelungen führen tatsächlich zu Geburten (Semm 1985).

- 11 Corea 1986b, S. 306. Hinzu kommt, daß die in der Medizin übliche Frage der Erfolgsberechnung allein auf die Zahl der Geburten ausgerichtet ist, dabei aber alle Gesundheitsrisiken für die Frau – die gerade bei der In vitro-Befruchtung beträchtlich sind – unberücksichtigt läßt. An diesem Kriterium gemessen, ist auch jener Fall den Erfolgen zuzurechnen, der im März 1986 Schlagzeilen machte: Eine Frau, die sich einer Hormonstimulierung unterzogen hatte, gebar in München Sechslinge. Sie selbst starb wenige Stunden nach der Geburt, ein Sechsling einige Wochen darauf.
- 12 Parseval/Janaud 1986, S. 103
- 13 Ebd., S. 84
- 14 Ebd., S. 152
- 15 Pfeffer/Woollett 1983
- 16 Bei der Befruchtung mit Spermien besteht das Risiko sekundärer Ovulationsstörungen, d.h. einer psychosomatisch bedingten Störung im Hormonzyklus der Frau. Mit anderen Worten, zu den Unfruchtbarkeitsproblemen auf seiten des Mannes kommen dann noch Unfruchtbarkeitsprobleme bei der Frau hinzu (Stauber 1985). Bei der Hormonstimulierung kann es zu „anarchischen“ und sehr gefährlichen Ovulationen kommen (Parseval/Janaud 1986, S. 80). Bei der Eispende besteht das Risiko von Unterleibsentzündungen und Eileiterschwangerschaften (Corea 1986b, S. 89ff.). Bei der In vitro-Befruchtung kann es bei der Hormonbehandlung zu einer Überstimulierung der Eierstöcke mit nachfolgender Zystenbildung kommen, oder zu einer Verletzung der Eierstöcke beim Absaugen des Eis; darüber hinaus besteht das Risiko einer Beschädigung der Gebärmutter beim Transfer, einer Entzündung der Gebärmutter durch den Transfer, und wiederum einer Eileiterschwangerschaft (ebd., S. 140ff.).
- 17 Illich 1981, S. 172
- 18 Rothman 1985, S. 28
- 19 Semm, zit. nach Idel 1986, S. 63
- 20 Beck-Gernsheim 1984, Kapitel 1
- 21 Parseval/Janaud 1986, S. 19; Hervorhebung original
- 22 Ebd., S. 20
- 23 Siehe z.B. als Erfahrungsbericht Vierheller 1985
- 24 Hoffmann-Riem 1984; Lifton 1986
- 25 Andrews 1985. Schon ist in den USA eine Stelle zur kostenlosen Zusammenführung von Kindern mit ihren biologischen Eltern gegründet worden. Die Gründerin sagt, „diese Kinder haben das Gefühl, daß ihnen die Hälfte ihrer Herkunft, ihres Erbes, fehlt. Sie kämpfen um ihr Recht auf Information über ihre wirkliche biologische Abstammung“ (zit. nach Andrews 1985, S. 35).
- 26 Hoffmann-Riem 1986
- 27 Hoffmann-Riem 1984
- 28 Dies ist für die künstliche Befruchtung mit Samenspende mehrfach dokumentiert (Corea 1986b, S. 56; Stauber 1985, S. 6; Parseval/Janaud 1986; Frankfurter Rundschau, 22. Dezember 1984). Bei erfolgreicher In vitro-Befruchtung melden sich viele Eltern nicht bei den Ärzten zurück, ein Hinweis darauf, daß sie die Hintergründe ihrer Familienentstehung vergessen wollen (Gespräch mit Prof. Liselotte Mettler bei einer Tagung der Evangelischen

- Akademie Tutzing zum Thema Fortpflanzungstechnologie, November 1984). Nach dem Erfahrungsbericht einer Leihmutter ziehen sich die „Bestellertern“ zurück, um die Hintergründe der Zeugung zu vergessen (Stevens 1985).
- 29 Siehe die Beispiele in Andrews 1985 und Vierheller 1985
 - 30 Siehe ebd.
 - 31 Hoffmann-Riem 1986
 - 32 „Die heterologe Insemination stellt für beide Partner einen emotionell belastenden Eingriff dar, Phantasien, z.B. über den anonymen Samenspender, seine Erbeigenschaften oder über das erwartete Kind sind stets vorhanden. Der Eingriff selbst ist durch eine meist intensive Arzt-Patienten-Beziehung gekennzeichnet, die zu Fehlinterpretationen von seiten der Patienten führen kann.“ (Stauber 1985, S. 7f.).
 - 33 Andrews 1985, S. 35
 - 34 Für erste Beispiele solcher Scheidungskonflikte siehe Parseval/Janaud 1986, S. 211-214
 - 35 Beck-Gernsheim 1986
 - 36 Daele 1985, 1986; Jonas 1985
 - 37 Jonas 1985, S. 22
 - 38 Corea 1986a, S. 23
 - 39 Amendt 1986, S. 118f.
 - 40 So z.B. Christa Fonatsch, Humangenetikerin an der Medizinischen Universität Lübeck: „Eine unbedingt notwendige Forschung am Embryo aus der Sicht des Humangenetikers existiert im Moment nicht. Man könnte sich indes sehr vieles wünschen. Beispielsweise könnte es von Nutzen sein, die Pränatal-Diagnostik – also die humangenetische Analyse des Embryos noch im Mutterleib – in die Prä-Implantations-Phase vorzuverlegen ... Solche Analysen könnte man theoretisch bereits machen, bevor man einen Embryo überhaupt verpflanzt – daher der Name Prä-Implantations-Diagnostik. Eine Frau würde sich also zu einer In vitro-Fertilisation entschließen, weil sie kein Kind mit einer Chromosomen-Anomalie austragen möchte, oder weil sie vielleicht die Prozedur der In- vitro-Fertilisation als weniger belastend empfindet als die einer möglichen Abtreibung“. Wobei noch hinzugefügt wurde: „Da gibt es natürlich Grenzfälle in der Pränatal-Diagnostik. Nicht alle genetischen Fehler, die wir diagnostizieren, sind so schwerwiegend, daß man eine Abtreibung empfehlen müßte.“ (*Bild der Wissenschaft*, Nr. 7/1986, S. 50 und S. 56).
 - 41 Kurt Semm bei einem Vortrag in der Hermann-Ehlers-Akademie Kiel am 5. März 1985. Referiert bei Idel 1986, S. 62f.
 - 42 So Arthur Levin 1978, zit. bei Corea 1986b, S. 124
 - 43 Friederich 1985
 - 44 Corea 1986a, S. 24
 - 45 Paul Rosenzweig/Stuart Adelman, zit. bei Corea 1986b, S. 187
 - 46 Daele 1985, 1986; Jonas 1985
 - 47 Bentley Glass 1970, zit. nach Löw 1985, S. 179
 - 48 Corea 1986b, S. 150ff.
 - 49 Chargaff 1986, S. 673

Literatur

- Amendt, Gerhard: *Der neue Klapperstorch. Über künstliche Befruchtung, Samenspende, Leihmütter, Retortenzeugung*. Herstein, März Verlag 1986
- Andrews, Lori B.: „Die ‚künstlichen‘ Kinder und ihre unbekannten Verwandten“. In: *Psychologie heute*, August 1985, S. 33-39
- Beck, Ulrich: *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt, Suhrkamp 1986
- Beck-Gernsheim, Elisabeth: *Vom Geburtenrückgang zur Neuen Mütterlichkeit? Über private und politische Interessen am Kind*. Frankfurt, Fischer Verlag 1984
- dies.: „Von der Liebe zur Beziehung? Veränderungen im Verhältnis von Mann und Frau in der individualisierten Gesellschaft“. In: Johannes Berger (Hrsg.): *Die Moderne, Sonderband 4 der Sozialen Welt*, Göttingen 1986, S. 209-234
- Bräutigam, Hans Harald/Mettler, Liselotte: *Die programmierte Vererbung. Möglichkeiten und Gefahren der Gentechnologie*. Hamburg, Hoffmann und Campe 1985
- Chargaff, Erwin: „Der kunstgestopfte Schleier der Maja. Betrachtungen zur Gentechnologie“. In: *Mercur*, August 1986, S. 664-675
- Corea, Gena: „Die Zukunft unserer Welt“. In: *Frauen gegen Gentechnik und Reproduktionstechnik*. Dokumentation zum Kongreß vom 19.-21.4.1985 in Bonn. Köln, Kölner Volksblatt Verlag 1986a
- dies.: *Muttermaschine. Reproduktionstechnologien von der künstlichen Befruchtung bis zur künstlichen Gebärmutter*. Berlin, Rotbuch Verlag 1986b
- Daele, Wolfgang van den: *Mensch nach Maß? Ethische Probleme der Genmanipulation und Gentherapie*. München, Beck Verlag 1985
- ders.: „Technische Dynamik und gesellschaftliche Moral. Zur soziologischen Bedeutung der Gentechnologie“. In: *Soziale Welt*, Heft 2/3, 1986, S. 149-172
- Friedrich, Wolfgang: „Samenbanken. Hintertür der Sterilisation“. In: *pro familia magazin*, Nr. 3/1985, S. 22ff.
- Hoffmann-Riem, Christa: *Das adoptierte Kind – Familienleben mit doppelter Elternschaft*. München, Fink 1984
- dies.: *Adoptionsforschung: Harter Kern und Wandel familialer Wirklichkeit sowie Grenzen künstlicher Familiengründung*. Thesenpapier zum Symposium „Familiale Lebensformen und Familienpolitik im Übergang zur Post-Moderne, Universität Konstanz, Juli 1986 (hektographiertes Manuskript)
- Idel, Anita: „Natur und Technik“. In: *Frauen gegen Gentechnik und Reproduktionstechnik*. Dokumentation zum Kongreß vom 19.-21.4.1985 in Bonn. Köln, Kölner Volksblatt Verlag 1986
- Illich, Ivan: „Entmündigende Expertenheerrschaft“. In: Ivan Illich u.a.: *Entmündigung durch Experten. Zur Kritik der Dienstleistungsberufe*. Reinbek, Rowohlt 1979, S. 7-35
- ders.: *Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens*. Reinbek, Rowohlt 1981
- Jonas, Hans: *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*. Frankfurt, Insel 1985
- Lifton, Betty Jean: *Zweimal geboren. Memoiren einer Adoptivtochter*. München, dtv 1986
- Löw, Reinhard: *Leben aus dem Labor. Gentechnologie und Verantwortung – Biologie und Moral*. München, Bertelsmann 1985

- Parseval, Genevieve Delaisi de/Janaud, Alain: *Ein Kind um jeden Preis. Ethik und Technik der künstlichen Zeugung*. Weinheim und Basel, Beltz 1986
- Pfeffer, Naomi/Woollett, Anne: *The Experience of Infertility*. London, Virago Press 1983
- Rothmann, Barbara Katz: „Die freie Entscheidung und ihre engen Grenzen“. In: Rita Arditti/Renate Duelli Klein/Shelley Minden (Hrsg.): *Refertenmütter. Frauen in den Labors der Menschenzüchter*. Reinbek, Rowohlt 1985, S. 19-30
- Semm, Kurt: *Derzeitiger Stand der In-vitro-Fertilisation*. Redebeitrag auf dem 88. Deutschen Ärztetag, Pressedrucksache III/2, Pressestelle der deutschen Ärzteschaft, Köln 1985
- Stauber, M.: *Psychosomatik der sterilen Ehe*. Berlin, Grosse 1979
- ders.: *Psychosomatische Aspekte der homologen und heterologen Insemination*: Vortrag auf den 9. Fortbildungstagen für praktische Sexualmedizin, Heidelberg, 13.-17. Juni 1985 (hektographiertes Manuskript)
- Stevens, Kirsty/Dally, Emma: *Surrogate Mother. One Woman's Story*. London, Futura Books 1985
- Vierheller, Brigitte: „Ich bin der Sohn einer Leihmutter“. In: *Eltern*, April 1985, S. 47-51